

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gaston CHAMBOISSIER

Ancien interne à la Maison départementale de Nanterre

DEUX CAS

DE

DÉCIDUOME MALIN

Président : M. BROCA, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
 ASSESSEUR : G. POUCHET
 PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	QUENU
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LATGEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETERER	VILLARET
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur A. BROCA

Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous
faire l'honneur de pré-
sider notre thèse.*

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

Le Docteur Emile REYMOND, Chirurgien de la Mai-
son de Nanterre

*Mort glorieusement le 22 octobre
1914, des suites de blessures reçues
au cours d'une mission aérienne, qui
fut toujours pour nous d'une bonté
infinie et le conseiller sûr dont l'en-
seignement ne peut être oublié.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU DE CLERMONT

M. le Docteur LEPETIT, chevalier de la Légion
d'honneur, Professeur de Pathologie externe.

M. le Docteur BOUSQUET, officier de la Légion
d'honneur, Professeur de Clinique externe.

M. le Docteur DIONIS DU SEJOUR, Professeur de
Médecine opératoire.

M. le Docteur ARGAUD, Professeur d'Histologie.
M. le Docteur BUY, Professeur d'Anatomie

M. le Docteur MAURIN, Professeur de Clinique
interne.

M. le Docteur BILLARD, Professeur de Physiologie.

M. le Docteur PLANCHARD, Professeur de Gyné-
cologie.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur DÉJERINE (*in memoriam*)

M. le Docteur POTOCKI

Internat (Maison de Nanterre 1913-1919)

M. le Docteur E. REYMOND, Chirurgien de la Mai-
son de Nanterre (*in memoriam*).

M. le Docteur M. SÉNÉCHAL, Chevalier de la Légion
d'honneur, Chirurgien assistant, qui fut toujours
pour nous autant un ami qu'un maître.

M. le Docteur CHAILLOUS, chef de service à l'Hô-
pital des Quinze-Vingts.

M. le Docteur OPPENHEIM (*in memoriam*)

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

DEUX CAS DE DÉCIDUOME MALIN

INTRODUCTION

En 1910, au concours de l'Internat de la Maison départementale de Nanterre, notre regretté Maître, M. le Docteur Reymond, fit mettre dans l'urne, parmi les questions d'obstétrique et gynécologie « *Transformations malignes des débris placentaires* ». Bien peu de candidats purent traiter d'une manière convenable cette question qui sortit.

Aussi quand en 1913, au cours de notre internat chez M. Reymond, deux malades atteintes de déciduome malin eurent été opérées à peu de jours d'intervalle, notre Maître ne manqua-t-il pas de les faire étudier complètement par ses élèves. Grâce à l'installation du service de chirurgie de la Maison de Nanterre, les examens de laboratoire purent être multipliés et approfondis. Le diagnostic fut fait d'une manière certaine avant l'intervention par des biopsies et confirmé après par des examens microscopiques.

Ce sont ces deux observations que nous voulons apporter au terme de nos études comme un hom-

mage respectueux et ému à la mémoire de notre glorieux chef de service.

Nous n'avons nullement l'intention de faire une étude complète, une revue générale, sur le déciduome malin. Notre étude toute clinique ne contiendra en dehors de ce que nous avons pu observer que les connaissances utiles à la compréhension des faits que nous exposerons. Nous laisserons volontairement de côté la partie théorique de la question ainsi que certains phénomènes relatés par tant d'auteurs mais que nous n'avons pas été à même de retrouver.

DÉFINITION

Ainsi que le définit très nettement la formule employée par M. le Dr Reymond, pour poser sa question, le déciduome malin consiste en une « transformation maligne des débris placentaires ». Cette définition indique le caractère malin de la tumeur et son origine placentaire sans préjuger de sa pathogénie et de sa texture histologique. C'est que, en effet, bien des dénominations basées sur la notion du tissu aux dépens duquel elle prend son point de départ lui ont été appliquées. Déciduome malin, sarcome des villosités choriales, carcinome des villosités choriales, sarcome déciduo-chorio-cellulaire, chorio-épithélioma, épithélioma ecto-placentaire, épithélioma ecto-dermo-syncytial.

L'appellation de déciduome malin fut adoptée par Sanger le premier qui en 1888 étudia la question. Il distingua nettement cette tumeur des autres affections malignes et déciduales de l'utérus.

Nous conserverons cette dénomination car si l'on sait actuellement que l'origine de ce genre de tumeur est le revêtement syncytial des villosités choriales, revêtement qui s'est mis à proliférer et à envahir le tissu utérin juxtaposé, la question qui reste à résoudre est celle de l'embryogénie du syncytium.

ÉTIOLOGIE

Pour qu'il y ait syncytium, c'est-à-dire tissu où le déciduome puisse prendre son point de départ, il faut qu'il y ait ou qu'il y ait eu grossesse. En effet nous trouvons dans nos deux observations un cas où le déciduome a été précédé de fausse couche, l'autre où il y a eu môle hydatiforme.

C'est un fait certain que la présence d'un produit de conception vrai ou faux, fœtus ou môle, a toujours précédé l'évolution d'un déciduome malin.

L'expulsion de ce produit a précédé la découverte du déciduome de un an et demi dans notre première observation et de trente-quatre jours dans la seconde.

Nos deux malades sont jeunes, ce qui caractérise bien cette affection qui ne doit, bien que Mayer ait publié une observation d'une femme de cinquante-cinq ans, se produire qu'au cours de la vitalité génitale de la femme.

Nous nous demandons même si la plupart des cancers du corps utérin observés chez des femmes jeunes ne sont pas des déciduomes malins.

Mais le point important de la question étiologique du déciduome malin est la fréquence de cette tumeur à la suite d'une môle hydatiforme. C'est qu'en effet

si la môle peut être dans certains cas entièrement entourée par la caduque qui la limite et l'isole de l'utérus, il est plus fréquent qu'elle perfore cette caduque que l'on ne retrouve que par endroits. La caduque étant détruite il s'en suit que la môle se comporte comme une véritable tumeur maligne qui peut pousser des prolongements dans le muscle (môle disséquante).

On conçoit aisément qu'une telle disposition soit une amorce excellente pour le développement d'un déciduome malin.

Le fait que dans les archives du service de M. Raymond nous n'ayons pas trouvé trace d'autre déciduome malin bien que les hystérectomies furent nombreuses et que dans tous les cas suspects des examens microscopiques furent pratiqués indique suffisamment la rareté de cette affection.

La môle ne se présenterait en moyenne que une fois sur 2.000 femmes enceintes et encore la plupart des môles ne subissent-elles pas, grâce surtout aux soins chirurgicaux qui accompagnent et suivent leur expulsion, cette transformation si maligne.

Nous ne nous étonnons donc pas si dans sa thèse de 1900, Jules Mitoz n'a pu retrouver qu'une centaine environ de cas publiés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement le déciduome malin présente beaucoup des caractères du cancer du corps utérin ordinaire.

L'utérus est notablement augmenté de volume, mais par suite de sa mollesse il est rarement perceptible au palper. Dans nos deux observations cette exploration a été négative. Dans le premier cas que nous rapportons le toucher lui-même n'a pas permis de le retrouver. Sa couche musculaire est en général anémiée de même d'ailleurs que tout l'organisme de la malade.

Le col est entr'ouvert laissant échapper des débris, il ne présente pas de granulation.

Dans nos deux cas nous n'avons pas retrouvé de métastase probablement à cause de la précocité du diagnostic et de l'intervention. Nous ne pouvons donc parler de ces accidents vaginaux, hépatiques, vésicaux et pulmonaires que tous les auteurs ont signalés et qui seraient peut-être apparus si l'opération n'était pas venue s'y opposer.

Les ganglions inguinaux étaient sains dans nos deux cas et n'ont pu être sentis. Ce fait est d'ailleurs normal. Le système lymphatique semble moins tou-

ché dans le déciduome que dans toute autre affection néoplasique.

Dans notre première observation la tumeur se présentait une fois l'utérus ouvert comme une masse granuleuse très infiltrée de sang à large implantation utérine (suites de fausse couche) ; dans le second cas elle était déjà en voie de sphacèle, très friable, d'aspect un peu vacuolaire (suites de môle).

Au point de vue microscopique nous verrons que si dans les deux cas des éléments cellulaires identiques se sont montrés il y a quand même certains caractères histologiques qui différencient le déciduome malin, suite d'avortement vrai et celui qui suit l'expulsion d'une môle. Nous aurions voulu présenter des reproductions de microphotographies faites dans le service de Nanterre. Malheureusement les circonstances nous empêchent de le faire et nous nous bornerons à une description exacte de ces documents.

PREMIER CAS. — *Suite de rétention placentaire.* —

A un faible grossissement une coupe passant par la tumeur et son insertion montre la présence de villosités choriales très nettes avec un syncytium d'épaisseur variable et à axe conjonctif normal, l'une de ces villosités coupée longitudinalement présente vers sa base une région où la couche syncytiale est formée d'un bloc épais (20 à 30 rangées de cellules) constitué par des éléments cellulaires de grandes dimensions, polymorphes, irrégulièrement disposés et pénétrant la muqueuse utérine.

A un fort grossissement ces cellules présentent les caractères suivants : grosses cellules polymorphes à contour peu net, protoplasma homogène difficile à colorer, pas de vacuoles protoplasmiques. Les noyaux volumineux, très colorés, présentent 1 ou 2 nucléoles. Plusieurs cellules contiennent deux noyaux. Dans l'une d'elles ces deux noyaux sont encore accolés. Il y a donc des caractères nets de prolifération par division.

Une autre coupe faite dans la partie musculaire de l'utérus, à quelques millimètres de profondeur de la tumeur, montre des travées de cellules déciduales disséquant les muscles. A certains endroits ces cellules forment de véritables colonnades, à d'autres elles sont en placards. A un endroit quatre de ces cellules figurent assez nettement l'empreinte d'une patte de chien. Les fibres musculaires qu'elles séparent sont néanmoins très nettes et parfaitement conservées.

Ces cellules sont très grandes, à protoplasme clair et présentent des noyaux, à 1 ou 2 nucléoles, très grands et très colorés.

DEUXIÈME CAS. — *Suites de môle.* — A un faible grossissement la tumeur paraît formée par des villosités choriales dégénérées. En effet elles sont très dilatées et de dimensions anormales. Le syncytium est très hypertrophié, composé de plusieurs couches cellulaires, formant un réseau de vacuoles de dimensions variables.

Dans plusieurs de ces vacuoles on voit des taches

très colorées formées par des noyaux des cellules déciduales dont le protoplasma a été détruit par la vacuole. Vers la région utérine nous retrouvons les grands placards de cellules déciduales à protoplasma clair et à plusieurs noyaux.

A un plus fort grossissement les caractères se distinguent plus nettement et l'on voit alors que les noyaux sont les uns granuleux les autres homogènes mais renfermant plusieurs nucléoles.

Une coupe faite dans l'épaisseur du muscle utérin au voisinage de la tumeur, montre comme dans le cas précédent l'infiltration des cellules déciduales. Mais ici les éléments normaux sont encore plus dissociés et la structure musculaire plus difficile à identifier. On trouve d'autre part de nombreuses vacuoles. Une cellule particulièrement grande (environ 6 fois les dimensions d'une cellule déciduale) est creusée d'une grande vacuole, son noyau est distinct encore, très coloré mais aplati par la vacuole.

En résumé dans les deux cas nous trouvons les caractères histologiques du déciduome malin, infiltration du tissu utérin par les cellules déciduales. Mais alors que dans le cas où le déciduome a eu pour point de départ un avortement vrai les lésions, malgré l'ancienneté, sont encore peu marquées, dans le cas où la môle a amené le déciduome, au contraire, les éléments normaux du muscle utérin sont très abimés, difficiles à identifier et la tumeur reproduit le type vacuolaire de la môle.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hélène D., . . . , trente-trois ans, entrée dans le service de chirurgie de la Maison de Nanterre le 31 janvier 1913.

Aucune maladie grave.

Réglée depuis l'âge de quinze ans, règles régulières, de quantité et de coloration normales, pas de douleurs, pas de pertes blanches.

En 1909 grossesse normale, menée à terme, accouchement normal. Enfant vivant et bien portant.

Depuis cette date, sans que l'on puisse faire préciser les époques exactes la malade a fait quatre avortements et chaque fois elle a perdu beaucoup de sang.

En août 1911, cinquième fausse couche, avec rétention partielle ayant nécessité un curettage. Ce curettage fait par les docteurs Jacques et Bory, anciens internes de la Maison de Nanterre, a été accompagné et suivi d'une hémorragie très abondante. Toutefois il n'a pas semblé que le placenta fut anormal. L'utérus était un peu plus mou que normalement mais pas au point de donner des inquiétudes.

Une fois la cavité utérine soigneusement vidée un tamponnement arrêta l'hémorragie.

Depuis les règles étaient redevenues régulières lorsque brusquement, sans aucun retard, la femme présenta en juin

1912 une hémorragie très abondante qui nécessita plusieurs injections de sérum.

Puis les règles réapparaissent plus abondantes et ne durent seulement que quatre ou cinq jours en juillet, août, septembre et octobre. Les règles ne se produisent pas en novembre, ni décembre.

La femme se sent enceinte. Elle présente de l'augmentation du volume du ventre, de la pigmentation de la peau, des picotements des seins qui sont hypertrophiés.

Le 27 janvier 1913, avortement d'environ trois mois avec rétention placentaire et hémorragie. Le docteur Bory appelé le 30 janvier, se souvenant du passé de cette femme, soupçonne quelque chose d'anormal et l'envoie à la Maison de Nanterre où elle est admise le lendemain matin.

Examen à l'entrée, le 31 janvier 1913. — Facies hémorragique, téguments décolorés, pas de stigmates de spécificité.

Palper : utérus débordant la symphyse, assez mou.

Toncher : col entr'ouvert, permettant l'admission du doigt qui perçoit une masse molle, de consistance placentaire et qui s'effrite un peu.

Curettage accompagné et suivi d'une hémorragie assez abondante. Injections répétées de sérum physiologique
Tamponnement utérin.

Le tamponnement est retiré le surlendemain du curettage sans qu'il se produise d'hémorragie.

Toutefois le corps utérin reste assez gros et mou.

Depuis cette date la femme perd sans discontinuer du sang rouge, sans caillots. Certaines portions du placenta retiré par curettage sont examinées. On a pu y trouver beaucoup de cellules claires, d'aspect vitreux offrant les caractères des

cellules de Langhans ainsi que des grosses cellules abondamment nucléées.

Le 18 février, les pertes continuant et devant le résultat des examens histologiques, M. le Dr Reymond pose le diagnostic de déciduome malin.

Examen. — Palper : l'utérus à cause de sa mollesse ne peut être perçu. Aucun ganglion inguinal.

Toucher : col gros regardant en bas et un peu en avant, bords légèrement éversés.

Cul-de-sac antérieur libre.

Cul-de-sac postérieur occupé par une masse volumineuse dont on ne peut déterminer au juste la nature (corps utérin ou annexes).

Cul-de-sac latéral gauche empâté et douloureux.

Cul-de-sac latéral droit libre, non douloureux.

Etat général. — Malade très anémiée. Numération globulaire : 2.500.000 globules rouges par millimètre cube.

Pas d'altération dans la forme des globules rouges et blancs.

Opération le 21 février 1913.

Incision transversale sus-pubienne (dite de Pfannenstiel) suivant la méthode toujours employée dans le service de la Maison de Nanterre (Thèse Poitrinal, 1919).

Pas d'adhérences. On trouve facilement l'utérus qui est volumineux, mais très mou, ce qui explique que l'on n'ait pas pu le sentir par la palpation. Assez forte quantité de sérosité dans le petit bassin.

Hystérectomie totale normale, sans aucune difficulté.

La tranche vaginale paraît saine. On ne perçoit aucune métastase.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires normales.

Sortie après guérison le 8 mars 1913.

La malade a été revue à plusieurs reprises. Elle se portait bien et ne présentait pas de récédive ni de métastase.

Pièces. — L'utérus est ouvert par sa face antérieure. Le muscle est mou, peu coloré. On trouve vers le fond de l'utérus une muqueuse épaissie, sanguinolente. La corne utérine gauche présente une tumeur à large base d'implantation s'étendant sur la face antérieure. C'est une tumeur granuleuse présentant des infiltrations sanguines au voisinage de son extrémité libre. Elle donne au premier abord l'impression d'une transformation maligne d'une ancienne implantation placentaire.

L'examen histologique a vérifié indiscutablement ce diagnostic (chapitre : anatomie pathologique).

OBSERVATION II

Blanche G., femme J..., trente cinq ans, batelière, entrée dans le service de la Maison de Nanterre le 14 février 1913.

Toujours bien réglée depuis l'âge de treize ans et demi jusqu'au mois d'octobre 1912, règles durant cinq à six jours, peu abondantes.

Dernières règles normales le 7 octobre 1912. Jusqu'au 15 novembre la malade n'a rien présenté de particulier ni au point de vue général, ni localement. A partir de cette date au contraire elle a commencé à vomir. Ces vomissements ont résisté à tout traitement et ont duré jusqu'au 9 janvier, c'est-à-dire jusqu'à l'expulsion provoquée de la môle.

Le 17 décembre, la malade commence à perdre, pertes rosées, mi-sérosité, mi-sang.

Le 18 décembre, elle est vue par un médecin.

Etat de dépression très accentué, vomissements continus, diarrhée abondante, douleurs lombaires intenses.

Col entr'ouvert laissant juste passer le doigt. Ecoulement d'odeur fétide. Pas de température. Le volume du ventre correspond à une grossesse de six mois, sans que l'on puisse distinguer de parties fœtales (Renseignements dus à une lettre du médecin traitant).

Le 7 janvier, malgré le traitement (repos absolu, glace sur le ventre), l'état général ne s'améliorant pas on décide de provoquer l'avortement. En conséquence pose de laminaires.

Le 9 janvier 1913, à une heure du matin, avec des douleurs intenses surtout dans la région lombaire, expulsion d'une môle hydatiforme volumineuse.

Curage digital immédiat et injection intra-utérine iodo-iodurée.

Dans la journée la malade expulsant encore quelques débris et saignant un peu, curettage.

Jusqu'au 15 janvier, injections intra-utérines et irrigation continue.

L'état de la malade s'est amélioré et sur ces entrefaites son bateau quitte la région de Saint-Quentin où il se trouvait pour venir vers Paris.

Le 3 février, en cours de route, la femme recommence à perdre par intervalles irréguliers.

Le 12 février, le bateau étant en station devant la Papeterie de la Seine à Nanterre, la malade présente une hémor-

ragie grave. Elle est conduite et admise dans le service de chirurgie de la Maison de Nanterre le 14 février 1913.

Examen. — Etat général : anémie très accentuée, facies décoloré, muqueuses exsangues, malgré le peu d'abondance des pertes.

Le palper ne permet de rien sentir, pas de ganglions perceptibles.

Toucher. — Col à orifice large en entonnoir, irrégulier ; lèvres postérieure molle, de dimensions normales ; lèvres antérieure volumineuse, irrégulière ; cul-de-sac antérieur occupé par l'utérus antéfléchi, semblant un peu augmenté de volume, mou, de consistance très irrégulière : Cul-de-sac postérieur occupé par le col, libre quant au péritoine. On sent la face postérieure de l'utérus quand on bascule celui-ci. Cette face postérieure est très résistante. Cul-de-sac latéral gauche libre ; cul-de-sac latéral droit, corne utérine volumineuse.

Spéculum. — Col très gros à lèvres antérieure volumineuse. Orifice irrégulier laissant couler un liquide roussâtre, d'odeur fétide formé d'un mélange de débris et de sang. Ces débris sont recueillis pour être examinés au point de vue histologique.

Malgré toutes les précautions prises il a été impossible de leur conserver leurs caractères structuraux et l'on n'a pu qu'identifier certaines cellules dont l'aspect est le suivant : Grosses cellules polymorphes à protoplasma homogène, peu coloré et contenant une quantité variable de noyaux dont certains sont très gros et granuleux.

L'état d'anémie intense de la malade impose un délai à l'opération ; pendant ce temps on pratique de nombreuses

injections de sérum physiologique qui remontent notablement l'état du cœur.

Le 16 mars, l'état de la malade s'étant amélioré on décide l'opération. La malade ne perd presque pas, mais les pertes sont toujours d'odeur très fétide.

Opération, le 18 mars 1913.

Incision transversale sus-pubienne cutané-aponévrotique.

Aucune adhérence. Un peu de liquide dans le petit bassin utérus mou, augmenté de volume, en antéflexion.

Annexes saines et libres.

Hystérectomie totale facile. Le vagin paraît sain. L'appendice qui se présente de lui-même est facilement enlevé.

Fermeture sans drain.

Suites normales La femme sort guérie, tout au moins en apparence, le 15 avril 1913.

Elle n'a pu être revue en raison de sa profession.

Pièces. — Utérus dépassant un peu le volume du poing, mou, exsangue. Au niveau de la corne droite tumeur du volume d'une noisette, infiltrée de sang, en voie de sphacèle, largement implantée sur la muqueuse utérine qui dans son voisinage est irrégulière, friable et d'aspect noirâtre.

Les coupes histologiques (voir anatomie pathologique) ont montré qu'il s'agissait bien d'un déciduome malin.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous ne nous étendrons pas longuement sur l'étude des symptômes du déciduome malin. La manière rigoureuse et complète, dont, sous la direction de notre maître, les observations que nous présentons furent recueillies, en fait la meilleure étude clinique. Il y a toutefois certains faits sur lesquels nous jugeons nécessaire de revenir.

Le début du déciduome est toujours un produit de conception et le temps qui s'écoule entre l'expulsion de ce produit et le diagnostic de déciduome est très variable.

La durée de cette période d'incubation, pourrait-on dire, est beaucoup plus courte dans le cas de môle et ceci en raison du caractère disséquant de la môle.

Les hémorragies n'ont rien de caractéristique durant cette période. Toutefois, dans notre première observation, la malade présenta sans raison apparente une hémorragie abondante sept mois avant que le diagnostic de déciduome ne soit posé.

Dans le cas de môle la femme n'a jamais cessé de perdre, peu il est vrai, mais d'une manière continue.

C'est toutefois cet écoulement qui, à un moment,

devient plus abondant, fait soupçonner le déciduome. Un des caractères importants est, à notre avis, la présence dans le sang de débris de tissus. Nous croyons utile d'insister sur ce fait qui a permis dans nos deux cas un diagnostic précoce. On fera toujours bien de faire un examen histologique sérieux de ces débris.

L'augmentation de volume de l'utérus quand sa mollesse n'empêche pas de la percevoir est un symptôme important. Cette mollesse n'est d'ailleurs pas régulière et l'utérus est souvent (obs. II) de consistance variable.

Nous n'avons pas trouvé de métastase, peut-être à cause de la précocité du diagnostic. Par contre, dans nos deux observations nous avons constaté la gravité de l'état général par rapport à l'état local. L'anémie n'est pas en rapport avec les pertes sanguines. Il doit se produire certainement un arrêt, une inhibition des organes hématopoiétiques, car nous n'avons pas retrouvé d'altérations de forme des globules sanguins.

Enfin nous avons constaté dans les deux cas l'absence absolue de toute lésion du système lymphatique.

MARCHE ET PRONOSTIC

Nous n'avons pu observer que la première des deux phases, de l'évolution du déciduome malin, la seconde phase, l'ultime, caractérisée par les métastases, l'élévation de température, ne s'étant pas produite par suite de l'opération. Nous avons constaté par contre (obs. II) l'extrême rapidité de l'évolution de l'affection, puisque un peu plus d'un mois après l'accouchement molaire la tumeur envahissait déjà le muscle et était en voie de sphacèle. Nous estimons donc que la précocité du diagnostic et de l'intervention sont d'une importance capitale, car le moindre retard peut être fatal à la malade.

DIAGNOSTIC

Sur quoi fut basé le diagnostic dans nos deux observations ?

La notion d'une grossesse vraie ou fausse, surtout de la fausse fut certes une présomption en faveur du déciduome quand on se trouva en face de la malade qui perdait. La gravité anormale de l'état général, eu égard aux pertes, augmenta cette présomption. Mais ce fut surtout l'examen histologique qui permit de conclure nettement à un déciduome et ceci explique, seul, le laps de temps qui s'écoula avant l'opération et qui fut employé à cet examen histologique.

C'est qu'en effet, bien souvent, alors qu'il s'agit d'un déciduome, on pourrait croire avoir affaire à une métrite hémorragique et ce ne sera que par l'examen microscopique qui permettra de retrouver les éléments que l'on obtiendra une certitude.

En conséquence, nous estimons indispensable, chaque fois que l'on aura en face de soi une femme perdant d'une manière continue à la suite de l'expulsion d'un produit de conception, soit de recueillir les débris qui seront mêlés au sang expulsé, soit même de les chercher par un curettage et de les examiner.

TRAITEMENT

Quant au traitement il se résume dans l'hystérectomie totale. N'oublions pas, en effet, que nous sommes en face d'une tumeur extrêmement maligne et qu'il importe d'extirper le plus complètement possible.

Toutefois, dans notre seconde observation, il a fallu, avant d'opérer, relever un peu l'état général de la malade dont, par suite de l'anémie, le cœur était très défaillant. Les injections de sérum, en augmentant le volume du sang, donnèrent un résultat excellent.

De l'opération nous ne dirons rien, sa technique est trop connue pour que nous nous y arrêtions. Signalons cependant l'emploi de l'incision transversale cutané-aponévrotique qui, depuis 1911, est seule pratiquée dans le service de chirurgie de la Maison de Nanterre.

Grâce à ce traitement précoce, nos malades ont bien guéri, tout au moins l'une d'elle qui, deux ans après l'intervention, était en excellent état de santé. La seconde, sortie du service en état de guérison apparente, fut perdue de vue.

CONCLUSIONS

1° Sous le nom de déciduome malin on entend les transformations malignes des débris placentaires ;

2° Cette transformation se fait aux dépens des éléments du syncytium dont on retrouve les cellules dans les travées ou les placards néoformés ;

3° Le déciduome malin est toujours précédé de l'expulsion d'un produit de conception vrai (avortement) ou faux (môle hydatiforme) ;

4° Les deux variétés présentent des caractères histologiques différents ;

5° Le déciduome malin consécutif à la môle est plus grave et évolue plus vite que celui consécutif à un avortement, car la môle a déjà par elle-même un caractère de malignité (môle disséquante) ;

6° Un diagnostic précoce suivi le plus rapidement possible d'une intervention est indispensable et sera surtout fait par les examens de laboratoire ;

7° Le seul traitement du déciduome malin est l'hystérectomie totale en passant le plus loin possible du col à cause de la possibilité des métastases vaginales.

Le Président de la thèse
BROCA

Le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Bacon.* — American Journal of Obst., 1895.
- Beach.* — Du deciduome malin. Thèse Paris, 1895.
- Bellin.* — Môle et deciduome. Thèse Paris, 1897.
- Bonnaire et Letulle.* — Le deciduome malin dans ses rapports avec la môle hydadiforme (Revue de Gynécologie, 1901).
- Cazin.* — Des deciduomes malins (La Gynécologie, 1896).
- Durante.* — Société Obst. et Gyn. de Paris, février 1897.
- Société d'Obst. de Paris, novembre 1907.
- Hartmann et Toupet.* — Annales de Gynécologie, avril 1895.
- Jeannel.* — Congrès de Chirurgie de Lyon, 1894.
- Simon.* — Rapport du professeur Couvelaire (Société d'Obst., mars 1909).
- Macaggi.* — Rassegna di Ostetricia et Gyn., 1900.
- Mathias-Duval.* — Journal de l'anatomiste, 1889.
- Métoz.* — Du deciduome malin. Thèse Paris, 1900.
- Monod et Macaigne.* — Revue de Gynécol. et chir. abd., 1897.
- Nabuco de Goméa.* — Du chorio-épithélium malin de Marchand (la Gynécolog., 1904).
- Nové, Jossierand et Lacroix.* — Annales de Gynéc. et Obst., 1894.
- Ouvry.* — Etude de la môle hydat. Thèse Paris, 1897.
- Paviot.* — Annales de Gyn. et Obst., 1894.
- Perr.* — Société Obst. de Paris, mars 1907.
- Pestalloza.* — Annali di ostet. et gyn., 1896.
- Societa di ostet. et gyn., 1895.

Planchu et Viallet. — Société nationale de Médecine. Lyon, juin 1910.

Proust et Bender. — Congrès de Gynéc. et Obst. Lille, 1913.

Rosinelli. — Annali di ost. et gyn., 1898.

Segall. — Placenta, môle et deciduome. Thèse Paris, 1897.